

บทความพิเศษ

ผลกระทบของการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อการลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

องค์การ ประจันเขตต์*

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะความเสื่อมถอยทางความจำ การรู้คิดบกพร่อง และปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่สำคัญและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากทั่วโลกมีประชากรสูงวัยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง เช่น อายุและพันธุกรรม ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้แต่ยังมีอีกหลายปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ รวมถึงปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในแง่ของการป้องกันการเสื่อมถอยด้านการรู้คิด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมทางสังคม กับการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม และบทบาทสำคัญของบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยการเสนอแนวทางที่สำคัญ และการสนับสนุนกิจกรรมในชุมชนที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลประชาชนในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมและการส่งเสริมสุขภาพด้านการรู้คิด

คำสำคัญ: ● การมีส่วนร่วมทางสังคม ● ภาวะสมองเสื่อม ● การลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม
เวชสารแพทย์ทหารบก 2567;77(4):359-68.

ได้รับต้นฉบับ 27 กันยายน 2567 แก้ไขบทความ 25 พฤศจิกายน 2567 รับลงตีพิมพ์ 12 ธันวาคม 2567

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ องค์การ ประจันเขตต์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก 317/6 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไทเขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 E-mail: ong-on_p@rtanc.ac.th 08 0464 9164

Literature review

The Impact of Social Participation on Dementia Risk Reduction

Ong-on Prajankett*

*The Royal Thai Army Nursing College

Abstract

Dementia, a debilitating syndrome characterized by progressive memory, cognitive, and behavior-psychological decline, is rapidly emerging as a major global health concern. With an aging population, the number of individuals diagnosed with dementia is projected to rise significantly in the coming decades. While certain risk factors, such as age and genetics, are unmodifiable, recent research increasingly emphasizes the importance of modifiable factors in reducing dementia risk. Among these, social participation is gaining significant attention for their potential to protect cognitive health. This article delves into this promising connection, exploring the potential mechanisms through which social participation may exert its protective effects. We examine research evidence from various studies that demonstrate the link between social connectedness and a lower risk of dementia. Additionally, we provide practical examples of how individuals can increase their social participation. Finally, we discuss the crucial role that healthcare professionals can play in promoting social participation for their patients, outlining guideline and recommending social activities, and supporting community programs that cater to the needs of people in the community. By highlighting the protective power of social connections and advocating for increased social participation, this article aims to contribute to the development of effective strategies for reducing dementia risk and promoting cognitive well-being.

Keywords: ● Social Participation ● Dementia ● Dementia risk reduction

RTA Med J 2024;77(4):359-68.

Received 27 September 2024 Corrected 25 November 2024 Accepted 12 December 2024

Correspondence should be addressed to Author: Ong-on Prajankett, Royal Thai Army Nursing College, 317/6 Ratchawithi Rd., Ratchathewi, Bangkok 10400, E-mail: ong-on_p@rtanc.ac.th 08 0464 9164

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เสื่อมถอย มีลักษณะเด่น คือ การเสื่อมถอยของความสามารถในด้านความจำ การรับรู้ และการทำงานในชีวิตประจำวัน ซึ่งมักเป็นความเสื่อมที่มักพบในวัยสูงอายุ ภาวะนี้ยังไม่มียาหรือวิธีการรักษาให้หายขาด และกำลังกลายเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่สำคัญและเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันทั่วโลกมีความชุกของโรคสมองเสื่อมสูงถึง 50 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าจะมีเพิ่มมากขึ้นถึง 152 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050¹ แม้ว่าปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น อายุและพันธุกรรม จะไม่สามารถป้องกันหรือเปลี่ยนแปลงได้ แต่จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่ป้องกันได้มี 12 ปัจจัย ได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำ การสูญเสียการได้ยิน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่ โรคซึมเศร้า การไม่ออกกำลังกาย โรคเบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับบาดเจ็บที่สมอง มลภาวะทางอากาศ และการขาดการมีส่วนร่วมในสังคม หรือมีการแยกตัวจากสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากถึงร้อยละ 40 โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และประเทศที่มีรายได้ปานกลาง² นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศอังกฤษเพื่อสร้างและทดสอบความตรงและความน่าเชื่อถือของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จากจำนวนผู้ร่วมวิจัย 223,000 คน อายุระหว่าง 50-73 ปี พบว่า อายุ ประวัติพ่อแม่เป็นโรคสมองเสื่อม ระดับการศึกษา การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมและการว่างงาน โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เพศ(ชาย) และการอยู่คนเดียว เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอีก 14 ปีข้างหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³

จากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมองเสื่อมที่เป็นปัจจัยด้านสุขภาพสังคม หรือ social health ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม นั่นก็คือ การอยู่คนเดียว การขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม และโรคซึมเศร้า ดังนั้น การสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคมจึงเป็นหนึ่งในตัวแปรสำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยน และส่งเสริมให้เกิดขึ้นในตัวบุคคลเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

การมีส่วนร่วมทางสังคม (social participation) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพด้านสังคม เกิดได้จากการที่บุคคลสามารถติดต่อ สื่อสาร และมีส่วนร่วมกับผู้คนในชุมชน สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในเชิงปริมาณคือ ความถี่ ความสม่ำเสมอ ความต่อเนื่อง และเชิงคุณภาพ เช่น คุณภาพของความสัมพันธ์ ลักษณะของกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ ที่เข้าไปมีส่วนร่วม เป็นต้น^{4,5} ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การกำจัดหรือบรรเทาภาวะแยกตัวจากสังคมจะสามารถลดความชุกของการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมการรู้คิด และการพัฒนาด้านความรู้ของบุคคล⁶

ในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าผู้คนมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยลง โดยเฉพาะหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้คนมีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียว แยกตัวจากสังคมมากขึ้น จากการศึกษพบว่า หลังการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทำให้ผู้คนต้องรักษาระยะห่างเพื่อป้องกันการติดต่อและแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ผู้คนมีการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมลดลง ส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต⁷ และยังมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19⁸ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมให้แก่บุคคลเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบุคคลในสังคมได้ทุกเพศ ทุกวัย เพราะการป้องกันสมองเสื่อมนั้นยังเริ่มต้นลงมือ

ปฏิบัติเร็วเท่าไร ก็จะมีส่งผลดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่านั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะ และองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคล ความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมทางสังคมกับการลด ความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม และนำเสนอแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมสำหรับสมาชิก ในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ รวมไปถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและการดูแลโครงสร้างพื้นฐาน ของสังคมที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participation)

การมีส่วนร่วมทางสังคม หมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคคลในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชุมชน และในพื้นที่สาธารณะ โดยอยู่บนฐานของบริบททางสังคม และความปรารถนาที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับจำนวนและความใกล้ชิดของเครือข่ายทางสังคมที่บุคคลนั้นมี และความพึงพอใจในการเข้าร่วม ในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเป็นพื้นฐานของสังคมมนุษย์ ช่วยสร้างสรรค์ อัตลักษณ์บุคคลหรือตัวตน ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคล

องค์ประกอบหลักของการมีส่วนร่วมทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปองค์ประกอบหลักของการมีส่วนร่วมทางสังคมได้ 3 ด้าน^{10,11} ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง (structure) ได้แก่

1.1 สถานะของความสัมพันธ์ เช่น การเป็นเพื่อน ที่ปรึกษา เจ้านายกับลูกน้อง ที่ทำให้บุคคลมีความ ปรารถนาจะเข้าร่วมกิจกรรม หรือมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีประสบการณ์ร่วมกัน ความสนใจ ร่วมกัน หรือการพึ่งพาอาศัยกัน

1.2 การอยู่อาศัยร่วมกับผู้อื่น เช่น การอยู่กับครอบครัว ญาติ เพื่อน การอยู่ในสถานดูแลสุขภาพระยะยาว หรือการอยู่คนเดียว เป็นต้น

1.3 ความถี่ในการติดต่อกับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกครอบครัว เครือญาติ เพื่อน หรือกลุ่มกิจกรรมชมรม องค์การต่าง ๆ ในชุมชน

2. ด้านหน้าที่ (function) หมายถึง พฤติกรรมและความรับผิดชอบที่คาดหวังจากตำแหน่งหรือสถานะ เฉพาะเจาะจงภายในกลุ่มสังคม การทำหน้าที่ของบุคคลในสังคมได้แก่ การเป็นคนสนิท การเป็นแหล่งสนับสนุน ทางสังคม เช่น การเป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ ข่าวสาร การเป็นที่ปรึกษา การเป็นผู้รับฟัง ให้การช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ รวมไปถึงการเป็นผู้รับการสนับสนุนทางสังคมด้วย

3. ด้านคุณภาพของการมีส่วนร่วมในสังคม (quality) ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่าง ตนเองกับผู้อื่น กิจกรรมที่เข้าร่วมหรือสิ่งแวดล้อมในชุมชนสังคม กล่าวคือ หากบุคคลรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข กับการที่ได้มีความสัมพันธ์ทางสังคม จึงนับว่ามีคุณภาพของการมีส่วนร่วมในสังคมระดับสูง ในทางตรงข้าม บุคคล ที่ประเมินว่าตนเองรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว แม้ว่าจะได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือไม่ได้เข้าร่วมก็ตาม แปลความหมาย ได้ว่าคุณภาพของการมีส่วนร่วมในสังคมของบุคคลนั้นอยู่ในระดับต่ำ

กลไกของการมีส่วนร่วมทางสังคมกับการส่งเสริมการรู้คิด

มีการศึกษาทางทฤษฎีที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมสามารถป้องกันความเสี่ยงของระบบประสาท และ การฟื้นฟูของระบบประสาททางพยาธิวิทยาได้¹² และยังพบว่าเครือข่ายทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

และส่งผลต่อภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อาทิ ข้อค้นพบของทฤษฎีการติดต่อทางสังคม (social contagion theory) ระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ หรือการออกกำลังกาย เกิดจากการรวมกลุ่มกันภายในเครือข่ายสังคม การควบคุมทางสังคม ผ่านกระบวนการ เช่น การเสริมแรงเชิงบวกหรือการไม่เห็นด้วย อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน¹³ และยังมีการศึกษาพบอีกว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมเปรียบเสมือนสะพานที่เชื่อมให้เกิดความผูกพันระหว่างบุคคล (bonding) ช่วยบรรเทาผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดจากการมีความเครียดของบุคคล ยิ่งถ้ามีคุณภาพของความรู้สึกผูกพันระหว่างบุคคลสูงก็จะทำให้สมองหลั่งฮอร์โมนผ่าน hypothalamus-pituitary axis (HPA axis) เพื่อช่วยลดระดับความเครียดได้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยกระตุ้นสมองด้านการรู้คิด (cognitive stimulation) และส่งเสริมพลังสำรองของสมอง (cognitive reserve) ซึ่งหมายถึง สมองยังคงมีสมรรถภาพแม้จะเกิดความเสื่อมตามกาลเวลาหรืออายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน บุคคลที่มีพลังสำรองของสมองสูงจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ และจะมีโอกาสสูญเสียความสามารถด้านการรู้คิดน้อยกว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและสมองมีความเสื่อมตามวัย¹⁴ จากการศึกษาพบว่า การที่บุคคลมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย ไม่ใช่เข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง และมีการพบปะเพื่อนฝูงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมลงได้ร้อยละ 38 เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่า ความผูกพันระหว่างบุคคลนี้ยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านของการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยเฉพาะด้านคุณภาพ ซึ่งถ้ามีน้อยเกินไปอาจเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดความโดดเดี่ยวทางสังคมได้¹⁵

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคมกับ

การลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ข้อค้นพบจากงานวิจัยจำนวนมาก แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคมที่ดีกับการลดความเสี่ยงของภาวะสูญเสียความจำระดับปานกลาง (Mild cognitive impairment: MCI) อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อม และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อาทิ การศึกษาแบบการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ในกลุ่มตัวอย่างจากประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (LMIC) จำนวน 6 กลุ่มพบว่าความเหงาเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะ MCI¹⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า การอยู่คนเดียวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะสมองเสื่อม (อัตราส่วนความเสี่ยง; risk ratio = 1.30)¹⁷ การมีส่วนร่วมทางสังคมต่ำ การติดต่อสังคมน้อยลง และความเหงาที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ในทางตรงกันข้าม การศึกษาแบบการวิเคราะห์อภิมานอีกหนึ่งฉบับและการศึกษาแบบรายกรณี (case study) พบว่า การอยู่อย่างโดดเดี่ยวทางสังคม (เช่น ขนาดเครือข่ายสังคมเล็ก) และการแยกตัวจากสังคม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะสมองเสื่อม^{6,18} นอกจากนี้ยังพบว่า วัยผู้ใหญ่กลางคนและผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีส่วนร่วมในชุมชนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมในชุมชนถึงร้อยละ 30-50 และพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมตลอดช่วงชีวิตอาจส่งผลต่อการลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม โดยการเพิ่มการสำรองทางปัญญาและลดความเครียด โดยมีนัยสำคัญต่อนโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งลดภาระการดูแลภาวะสมองเสื่อม⁶ สำหรับผลกระทบของการแยกตัวจากสังคมต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า การโดดเดี่ยวทางสังคม การอยู่คนเดียว และความเหงา มีความสัมพันธ์กับโอกาสการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยโรคอ้วน ผลการศึกษาจากงานวิจัยเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศ ระยะเวลาติดตาม และพื้นที่ที่ทำการศึกษาทั่วโลก¹⁹

แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม

เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม

บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรให้ความสำคัญกับการดูแลประชาชนเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมควรประกอบไปด้วย 3 แนวทางหลัก²⁰⁻²⁵ ดังนี้

1. การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social network)

การสร้างเครือข่ายทางสังคม สามารถทำได้โดยการสร้างกลุ่มสำหรับให้ประชาชนในชุมชนเข้ามาทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเป็นตัวกลางในการพบปะสังสรรค์ของบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และกิจกรรมต่าง ๆ ผ่านทางความสัมพันธ์ทางสังคมและการติดต่อระหว่างบุคคล เช่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนชมรมผู้สูงอายุสุขภาพดี ชมรมเตรียมตัวก่อนเกษียณ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (เช่น ในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น) กลุ่มสร้างงานสร้างอาชีพในวัยเกษียณ เป็นต้น และกลุ่มสำคัญที่ควรมีในทุกชุมชนคือ กลุ่มออกกำลังกาย เช่น ชมรมแอโรบิก ชมรมเปตอง ชมรมโยคะ เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะส่งเสริมการมีทำกิจกรรมร่วมกันทางสังคมแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกายและสมองอีกด้วย^{11,20,21}

2. การสนับสนุนทางสังคม (social support)

จากการศึกษาพบว่า การไม่มีคนสนิที่อยู่ด้วยมีผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม²² และการมีได้กอยู่ร่วมด้วยในบ้านจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม ในขณะที่การไม่มีเด็กหรือลูกหลาน และไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม²³ นอกจากนี้การศึกษาในประเทศออสเตรเลียยังพบว่า ผู้หญิงที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล และผู้ป่วยเพศชายที่มีผู้ดูแลที่สามารถร้องขอความช่วยเหลือได้เสมอ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่า²⁴ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรให้ส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมทั้งในเชิงโครงสร้าง (structural dimension) เช่น การเพิ่มขนาดของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน หรือความถี่ของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อการสร้างพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมร่วมกันเช่น สวนสาธารณะ สนามกีฬาอาคารเอนกประสงค์ เป็นต้น ซึ่งเมื่อจัดตั้งกลุ่มทางสังคม หรือชมรมต่างๆ ดังที่ได้กล่าวไปในข้อ 1 แล้วนั้น สิ่งสำคัญคือการสนับสนุนให้เกิดการเข้าร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน หรือทุกสัปดาห์ ตามความเหมาะสมและบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้ ควรให้การสนับสนุนเชิงหน้าที่ (functional dimension) โดยส่งเสริมการมีแบ่งปันความรักความอบอุ่นภายในครอบครัว เช่น การส่งเสริมความอบอุ่นในครอบครัว การดูแลซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว หรือเครือญาติ การให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันและการแสดงความเห็นอกเห็นใจกัน และการแบ่งปันทรัพยากรต่างๆระหว่างประชาชน ไม่ว่าจะเป็น ข้อมูลข่าวสาร เงิน หรือสิ่งของต่างๆ

3. การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรู้คิด (cognitive stimulation)

ในปัจจุบัน มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมที่กระตุ้นและส่งเสริมการรู้คิดเป็นจำนวนมาก ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับบุคคล และระดับกลุ่มคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป หรือเป็นการจัดกิจกรรมในชุมชนรูปแบบต่างๆ ในที่นี้จะขอเสนอแนวทางการจัดโปรแกรมที่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยการจัดกลุ่มเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในด้านจิตสังคม จากการศึกษาวิจัยพบว่า การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อยู่ในสถานดูแลสุขภาพระยะยาวมาเข้ากลุ่มสนทนากันตามหัวข้อที่กำหนด

ได้แก่ กิจกรรมกระตุ้นความจำ (memory) การจัดกลุ่มพูดคุยกันโดยเน้นให้แสดงความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่นและความรู้สึกที่มีต่อตนเองอย่างเป็นกัลยาณมิตร (feeling about others and self-expression) การแสดงความรู้สึกต่อการได้อาศัยอยู่ในสถานดูแลสุขภาพระยะยาวแห่งนี้ (life in the nursing home) และการบอกกล่าวเล่าเรื่องแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ และความรู้สึกกันตามความเป็นจริงตามประสบการณ์ของแต่ละคน (factual interactions) เช่น “หลังจากได้ฝึกสมาธิวันละ 15 นาที ทำให้ความดันโลหิตของฉันลดลง” “ฉันรู้สึกว่าการเดิน ช่วยทำให้อาการปวดเมื่อยหายไป” เป็นต้น โดยรูปแบบกิจกรรมเป็นการพูดคุยเป็นกลุ่มจำนวนสมาชิก 5-6 คน มีทั้งแบบไม่มีบุคลากรทางสุขภาพเข้าไปเกี่ยวข้อง และแบบมีบุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เข้าไปเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ผลการศึกษาพบว่า การจัดกิจกรรมแบบส่งเสริมด้านจิตสังคมแบบมีบุคลากรทางสุขภาพร่วมด้วยจะช่วยเพิ่มความรู้สึกผูกพัน ส่งเสริมความเข้มแข็งของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพทางสังคมของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵

จากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำลักษณะการจัดกิจกรรมทั้ง 4 แบบนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ โดยการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นสมอง เช่น จัดตั้งชมรมหมากรุก ชมรมเล่นบอร์ดเกมส์ หรือนำ แอปพลิเคชันเกมส์ที่ส่งเสริมการทำงานของสมองต่างๆ มาให้เล่นร่วมกันเป็นทีม และการจัดตั้งกลุ่มสนทนาบำบัด เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล อารมณ์ ความรู้สึกระหว่างประชาชนในชุมชนในประเด็นของการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ เทคนิคที่ทำแล้วทำให้มีสุขภาพดีขึ้น เช่น การนั่งสมาธิ การฝึกหายใจ การปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหาร อาจได้รับความรู้จากแหล่งข้อมูล อารมณ์ความรู้สึกต่อการได้เข้ามามีส่วนร่วมในชุมชน การเป็นสมาชิกกลุ่ม เป็นต้น การจัดกิจกรรมดังกล่าว นอกจากจะส่งเสริมสมรรถภาพของสมองแล้ว ยังส่งเสริมความแน่นแฟ้น ความผูกพันระหว่างบุคคล และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมได้อีกด้วย

บทสรุป

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสมนั้น ควรนำแนวคิดหลักทั้ง 3 ข้อ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social network) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรู้คิด (cognitive stimulation) เป็นแนวทางที่บุคลากรทางสุขภาพรวมไปถึงองค์กรชุมชนนำมาวางแผนออกแบบโครงการกิจกรรม รวมไปถึงการพัฒนาปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมในชุมชนสังคมที่จะเอื้อให้ประชาชนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมทางสังคมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การจัดการดังกล่าวควรให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเสนอความต้องการร่วมด้วย เพื่อความยั่งยืนในการดำเนินการและเกิดประโยชน์สูงสุด สำหรับหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพและองค์กรชุมชนที่สำคัญคือการเป็นผู้อำนวยความสะดวก และการทำหน้าที่คอยชี้แนะให้ข้อมูลความรู้ทางการแพทย์ที่สำคัญจำเป็นเพิ่มเติม เพื่อให้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมมีความเข้มแข็ง เกิดเป็นทุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ และประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลง และมีสุขภาพที่ดีได้อย่างเป็นองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. Patterson, C. World Alzheimer Report 2018-The State of the Art of Dementia Research: New Frontiers. London, UK : Alzheimer's Disease International;2018. 1-48.
2. Samtani S, Mahalingam G, Lam BCP, Lipnicki DM, Lima-Costa MF, Blay SL, et al. Associations between social connections and cognition: a global collaborative individual participant data meta-analysis. *Lancet Healthy Longev.* 2022;3(11):e740-e753.
3. Anatürk M, Patel R, Ebmeier KP, Georgiopoulos G, Newby D, Topiwala A, et al. Development and validation of a dementia risk score in the UK Biobank and Whitehall II cohorts. *BMJ Ment Health.* 2023;26(1): e300719.
4. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health?. *BMJ.* 2011;343:d4163.
5. Dröes RM, Chattat R, Diaz A, Gove D, Graff M, Murphy K, et al. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging Ment Health.* 2017;21(1):4-17.
6. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet.* 2020; 396(10248):413-46.
7. Sommerlad A, Marston L, Huntley J, Livingston G, Lewis G, Steptoe A, et al. Social relationships and depression during the COVID-19 lockdown: longitudinal analysis of the COVID-19 Social Study. *Psychol Med.* 2021;13:1-10.
8. Suárez-González A, Rajagopalan J, Livingston G, Alladi S. The effect of COVID-19 isolation measures on the cognition and mental health of people living with dementia: A rapid systematic review of one year of quantitative evidence. *EClinicalMedicine.* 2021;39:101047.
9. Levasseur M, Lussier-Therrien M, Biron ML, Raymond É, Castonguay J, Naud D, et al. Scoping study of definitions of social participation: update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition. *Age Ageing.* ;51(2):afab215.
10. Sommerlad A, Kivimäki M, Larson EB, Röhr S, Shirai K, Singh-Manoux A, et al. Social participation and risk of developing dementia. *Nat Aging.* 2023;3(5):532-45.
11. Mahalingam G, Samtani S, Lam BCP, Lipnicki DM, Lima-Costa MF, Blay SL, et al. Social connections and risk of incident mild cognitive impairment, dementia, and mortality in 13 longitudinal cohort studies of ageing. *Alzheimers Dement.* 2023;19(11):5114-28.
12. Christakis NA, Fowler JH. Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Stat Med.* 2013;32(4):556-77.
13. Craddock E, vanDellen MR, Novak SA, Ranby KW. Influence in relationships: a meta-analysis on health-related social control. *Basic Appl Soc Psychol.* 2015;37(2):118-30.
14. Scarmeas N, Levy G, Tang MX, Manly J, Stern Y. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology.* 2001;57(12):2236-42.

15. Blazer D. Social isolation and loneliness in older adults—A mental health/Public health challenge. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(10):990-1.
16. Smith L, Bloska J, Jacob L, Barnett Y, Butler L, Trott M, et al. Is loneliness associated with mild cognitive impairment in low- and middle-income countries? *Int J GeriatrPsychiatry*. 2021;36(9):1345-53.
17. Desai R, John A, Stott J, Charlesworth G. Living alone and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2020;62:101122.
18. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev*. 2015;22:39-57.
19. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316.
20. Pantaewan P, Intharatana A, Prajankett O. [Nurses and health behavior modification: concepts, theories and applications] Bangkok: Raknganpim 2017 Publishing; 2023.
21. Kankarn W, Wirunphan B, Arthiwet W, Thajai S. Participatory Development of Model Communities to Support the Aging Society in the Isan Context. *J Royal Thai Army Nurses* [Internet]. 2023 May 5 [cited 2024 Aug. 7];24(1):492-501. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/260697>
22. Camozzato A, Godinho C, Varela J, Kohler C, Rinaldi J, Chaves ML. The complex role of having confidant on the development of Alzheimer's disease in a community-based cohort of older people in Brazil. *Neuroepidemiology*. 2015;44(2):78-82.
23. Khondoker M, Rafnsson SB, Morris S, Orrell M, Steptoe A. Positive and negative experiences of social support and risk of dementia in later life: An investigation using the English Longitudinal Study of Ageing. *J Alzheimers Dis*. 2017;58(1):99-108.
24. Htun HL, Teshale AB, Owen AJ, Ryan J, Woods RL, Orchard SG, et al. Social activities and risk of dementia in community-dwelling older people: gender-specific findings from a prospective cohort study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2024;79(5):gbae050.
25. Mabire JB, Gay MC, Charras K, Vernooij-Dassen M. Impact of a psychosocial intervention on social interactions between people with dementia: An observational study in a nursing home. *Activities, Adaptation & Aging*. 2022;46(1):73-89.

